

MR öncesi ve sonrası bel ağrıları ve bel ameliyatları

Dr. Hikmet Uluğ



1981 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi ve aynı fakültede nöroşirürji ihtisasını tamamladı. Epilepsi cerrahisi, nöroonkoloji ve endoskopik spinal cerrahi alanlarında çalışmalar yaptı. Halen NOBİOM Grubu Direktörü olarak Medicana Bahçelievler Nörolojik Bilimler Ünitesi ve Kadıköy Şifa Ataşehir Hastanesi Omurga Merkezi'nde çalışmaktadır.

Dergi yayın kurulundan “MR öncesi ve sonrasında bel ağrıları ve bel ameliyatları” bağlamında bir yazı talep edildiğinde başlığı koruma-ya karar verdim. Zira başlık hayli kışkırtıcı... Tıp dünyası enjektör iğnelerinin kaynatılarak steril edildiği dönemden tüm malzemelerin kullan-at biçiminde tüketildiği döneme, yağlı kontrast maddelerle myelografi yapılan dönemden üç boyutlu görüntüleme yöntemleri ve robotik cerrahi uygulamalarının yapıldığı dijital döneme hızla geçti. Bilimsel bilgi ve teknolojik gelişmelerin geometrik hızla arttığı bu geçiş dönemine tanıklık etmiş, içinde yaşamış ve halen yaşayan bir beyin cerrahisi olarak her an yazının şehvetine kapılabilir; genelde teknolojik gelişmeleri, özelde MR'ı kutsayacak kanıtları bir bir sıralayabileceğim gibi, geçmişe ağıt yakıp güzellemeler yaparak eski uygulamalardan, daha naif bir tıp dünyasından da söz edebilirim. Bunların yerine konuyu bilimin soğuk ışığıyla aydınlatmayı denemek istiyorum.

İlk sorumuz, bel ağrısı hangi sıklıkta görülüyor? Bireylerin % 90'ı yaşamlarının bir döneminde en az bir kere, hekime başvurmalarını gerektirecek şiddette bir bel ağrısı atağı geçiriyorlar (1). Bel ağrısı prevalansı % 7,6–37 arasında değişiyor ve prevalans 45–60 yaşları arasında zirveye ulaşıyor. ABD'de yapılan bir diğer çalışmada son üç ay içinde en azından tüm gün süren bel ağrısı olan birey oranı % 26,4 olarak saptanmış (2). Çalışmanın devamında sözkonusu bireylerin hekime başvuru oranlarıyla, 1990'lı yıllarda yapılan bir çalışma arasında fark olmadığı vurgulanmış. Çalışmaların gösterdiği gerçek, bel ağrısının tüm dünyada hastaların hekime başvurma nedenleri arasında her zaman

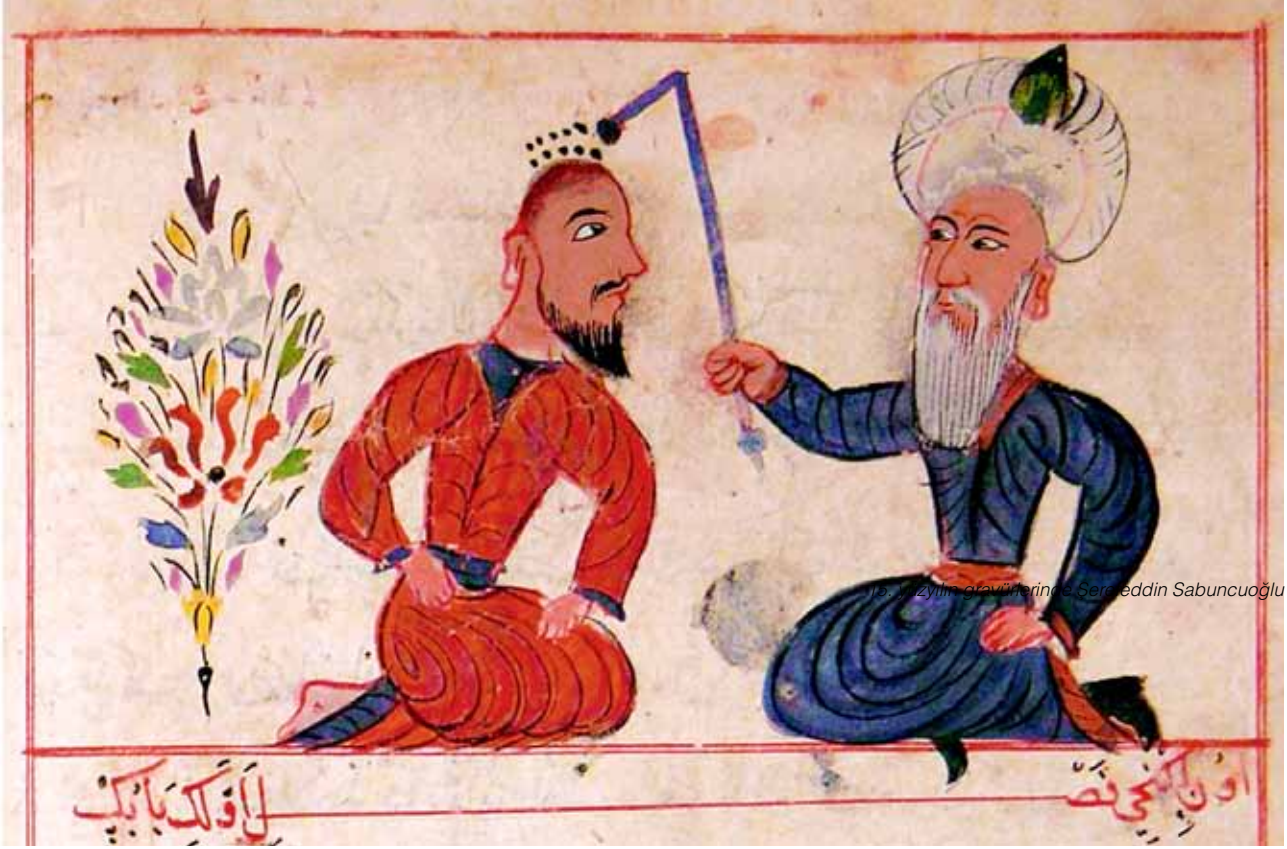
ilk 10 içinde olduğu, çoğu zaman da soğuk algınlığından sonra ikinci sırada yer aldığıdır. Bu kadar sık görülen bir yakınmanın tanı ve tedavisinde birden çok tıp dalının ve tamamlayıcı tıp tedavilerinin yer alması kaçınılmazdır. İlgilenen tıp dallarını saymayı deneyelim; nöroşirürji, nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi, algoloji, genel pratisyenler. Tamamlayıcı tıp tedavilerinde ise akupunktur ve manuel terapileri sayabiliriz. Dileyen bunlara, metruk duvarlarda yazılı “*Bel fitiği tedavisi tel: xxx xxxx*” ilanlarını da ekleyebilir.

İnsan vücudunun görüntüleme yöntemlerinde MRG'nin 1980'li yıllarda ortaya çıkıp yaygınlaşmaya başlaması, kuşkusuz tek başına bir gelişme değildi. Artık dijital çağa giriliyor, tüm tanı ve tedavi yöntemleri değişiyor, bilgi paylaşımı hızla artıyordu. Bunlara paralel olarak omurga cerrahisi ve özelde bel ameliyatları da hızla değişti, gelişti ve arttı. Tüm dünyanın genel eğilimlerini yansıması ve metodoloji açıdan tutarlı çok sayıda araştırma olması nedeniyle ABD istatistiklerine bir göz atmakta yarar var. Weinstein ve arkadaşlarının 2006 yılında yayımladığı bir çalışmaya göre (3) 1992-2003 yılları arasında bel ameliyatları arasında en sık uygulanan laminektomi ve diskektomi ameliyatları 1992 yılında her 1000 sigortalıda 1,7 oranındayken, 2003 yılında 2,1 oranına erişmiş. Buna karşın füzyon ameliyatları 1992 yılında her 1000 sigortalıda 0,3 oranındayken yaklaşık 4 kat artarak 2003'de 1,1 oranına ulaşmış. Maliyetler açısından karşılaştırıldığında 1992 yılında füzyon ameliyatları toplam bel ameliyatları harcamalarının % 14'ünü oluştururken, 2003 yılında bu oran % 47'ye çıkmış. Rakamlara biraz dikkatli bakıldığında bir diğer gerçek hemen

görünüyor: Laminektomi ve diskektomi ameliyatları maliyeti 1992'den 2003'e kadar 342 milyon Amerikan Dolarından (USD) 306 milyon USD'ye düşmüş. Öte yandan sayı olarak 4 kat artan füzyon ameliyatları harcamaları % 500 artışla 75 milyon USD'den 482 milyon USD'ye ulaşmış.

Hemen bir başka çalışmaya göz atalım: Deyo ve arkadaşlarının çalışmasına göre 2001 yılında füzyon ameliyatı oranları 1990 yılına göre % 220 oranında artmış ve artış özellikle % 113 ile 1996 yılında itibaren hızlanmış görünüyor (4). Yazarlar, füzyon ameliyatlarındaki artış oranını 1996 yılından başlayarak kalça protezi ve diz artroplastisi ameliyatlarıyla karşılaştırmışlar. Kalça protezi ve diz artroplastisi ameliyatları 1996 yılından 2001 yılına dek % 13 ve % 15 oranlarında artarken füzyon ameliyatları % 113 oranında artmış. Bir diğer sonuç da, 60 yaş üzerindeki hastaların oranının daha hızlı artması. Her iki çalışmanın yazarları artış nedenlerini şöyle sıralamışlar: Söz konusu patolojilerde uygulanacak tedaviye ilişkin bilimsel kanıtların eksikliği, teşvik edici finansal düzenlemeler, klinikler arası uzman eğitiminde ve profesyonel bakıştaki farklılıklar, yeni teknolojik gelişmelerin etkisi.

Sanırım bilimsel çalışmaların sonuçlarını günlük hekimlik pratiğiyle birleştirerek yorumlamanın tam zamanı. MRG öncesi dönemde travma sözkonusu değil ve hastanın muayenesinde nörolojik kusur saptanmamışsa bel ağrısı tanı ve tedavi algoritmaları hekimlere X-Ray görüntülemenin yapılmasını, görünür bir bozukluk yoksa istirahat ve ağrı kesicilerle en azından 3 hafta beklenmesini, ardından gerekiyorsa myelografik inceleme yapılmasını önermekteydi.



15. yüzyılın gravürlerinde Şerefeddin Sabuncuoğlu

Anamnez ve muayene verilecek kararlarda en önemli rolü oynamaya hep devam edecek.

Tibbin uğraş alanı, ruhuyla ve bedeniyle insandır.

Hastayla hemhal olabilmek, tedavinin yanı sıra şifa verebilmeyi de bilmek en önemli görevimizdir.

Algoritmalar MRG ortaya çıktıktan sonra da değişmedi. Ancak hasta davranışları hızla değişti. Nörolojik kusuru olmayan bel ağrılı bir hastaya istirahat ve ağrı kesici öneren hekimler en fazlasından 2-3 gün sonrasında "Hocam ilaçlarımı alıyorum ama bu arada emanımı yaptır-dım, bir bakar mısınız?" taleplerinin hızla arttığını gördü. Sonuçta her bel ağrılı hastanın bir MRG'si oldu. Söz konusu durum kuşkusuz ülkemize has değildi. Az gelişmişinden en gelişmişine tüm ülkelerde aynı durum yaşandı.

MRG gibi görüntüleme yöntemleriyle birlikte tedavideki teknolojik gelişmelerin artışı tanı ve tedavi süreçlerini büyük değişime uğrattı. Geçmişte gözden kaçan patolojilerin yeni uygulamalarla

saptanabildiği bir gerçeklik olmakla birlikte, yeni uygulamaların gereğinden fazla kullanılması da bir diğer gerçekliktir. Hastayı muayene etmeden MRG'sine bakıp karar veren hekim tipi tüm dünyada görülür oldu. Ameliyat sayıları da bunlara paralel olarak arttı. Unutulmaması gereken, ulaştığımız aşamanın sadece tıp dünyasındaki gelişmelerin değil dünyadaki gelişmelerin de bir sonucu olduğudur. Kendi iç dinamiğine sahip her teknolojik gelişme aynı zamanda diğer gelişmelerle de dinamik bir etkileşim içinde. Burada bel ağrıları özelinde MRG'nin rolünü abartmak ya da azaltmak bizi bir sonuca götürmeyecektir.

Ancak MRG'yi bir de başka açıdan tanımlamayı deneyelim: Teknolojisi, maliyeti vb. tüm özellikleri bir yana tıbbi uygulamalar içinde hangi kategoride mütalaa etmeliyiz? Sonuçta bir görüntüleme yönteminden, en genel kategorilendirme olarak bir "yardımcı inceleme yöntemi" nden söz ediyoruz. Yirminci yüzyıl başında sadece X-Ray vardı. Ardından myelografi çıktı, sinir iletimini EMG ile ölçmeye başladık, BT ve ardından MRG ortaya çıktı. Üç boyutlu görüntülemeye geçip, ameliyat sırasında gerçek zamanlı görüntüleme yapmaya başladık. Yarın da muhtemelen hücre seviyesinde görüntüleme yapmaya, yapısal incelemelerle işlevsel incelemeleri birleştirmeye başlayacağız. Bilimsel bilgilerimiz ve teknolojik gelişmeler hep baş döndürücü bir hızda artacak. Değişmeyecek olan, modern zamanların gereği olarak hastasıyla hemhal olamasa

bile empati yapmasını bilen, hastasını dinleyip muayene ederek uygulamaları başarıyla gerçekleştiren hekimlerin her zaman var olacağıdır. Anamnez ve muayene verilecek kararlarda en önemli rolü oynamaya hep devam edecek. Belki de en dikkat edilmesi gereken, her aşamadaki tıp eğitiminde tibbin ana felsefesinin öğrencilere benimsetilmesidir. Tibbin uğraş alanı, ruhuyla ve bedeniyle insandır. Hastayla hemhal olabilmek, tedavinin yanı sıra şifa verebilmeyi de bilmek en önemli görevimizdir.

Bu kısa yazıyı 15. yüzyılın ünlü Türk hekimlerinden Sabuncuoğlu Şerefeddin'in bir sözüyle bitirmek istiyorum: "Bu sınaat içinde çok dürlü mizaçlara tuş olursın ve müşkil marazlara muttali olursın. Bir işi hor görüp adunı yavuz itmeyesin, akıbeti mahmud olmayan hastaya el ummayasın, dünyasına tama idüp gündüzini halk katında aziziken hor itmeyesin. Elbette ragbetünden ve hırsundan insafun artuk gerekdür".

Kaynaklar

- 1) Winters ME, et al. Med Clin North Am. 2006, 90(3): 505-523
- 2) Back Pain Prevalence and Visit Rates. Deyo RA, et al. Spine 2006, 31(23): 2724-2727
- 3) United States' Trends and Regional Variations in Lumbar Spine Surgery: 1992-2003. Weinstein et al. Spine 2006, 31 (23): 2707-2714
- 4) United States Trends in Lumbar Fusion Surgery for Degenerative Conditions. Deyo RA et al. Spine 2005, 30 (12): 1441-1445